RAPPORT
Final

Soins à domicile des
Premières nations et des Inuits

Santé Canada Health Canada

101-02597/

PRÉFACE

Santé Canada et les Premières nations et les Inuits ont déterminé que les soins à domicile et en milieu communautaire constituaient une lacune importante des services de santé; en 1998, ils ont créé un partenariat à la suite d'une proposition présentée au Fonds pour l'adaptation des services de santé en vue de mettre sur pied un projet pilote de soins à domicile. Les responsables de cinq sites pilotes regroupant huit communautés des Premières nations, différentes sur le plan géographique et culturel, ont participé au projet.

Au cours de la même période, Santé Canada élaborait, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, un cadre de soins à domicile, première étape d'un cadre général des soins continus.

En 1999, l'élaboration du cadre et le Projet du Fonds pour l'adaptation des services de santé ont débouché sur un programme complet de Santé Canada appelé Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. Un investissement de 152 millions de dollars pour trois ans a été consenti, dont 90 millions ont déjà été versés.

Comme les programmes sont déjà en voie de réalisation dans les cinq sites du Projet, Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, prévoit disposer de programmes de soins à domicile et en milieu communautaire dans plus de 600 communautés des Premières nations et des Inuits d'ici la fin de 2001-2002. Ce programme ambitieux et difficile atteint ses objectifs en grande partie en raison du fait que les responsables du Projet ont remarquablement réussi à définir les principaux outils de planification et les lignes directrices nécessaires pour favoriser la mise sur pied

Rapport préparé par :

Joan Wentworth
Creative Care Consulting
Case postale 1354, Battleford (Saskatchewan) S0M 0E0
g.j.wentworth@sk.sympatico.ca

Avec l'aide :

Adrian Gibbons
Adrian Gibbons and Associates Ltd
1780, rue Taylor
Victoria (C.-B.) V8R 3E9

Pour obtenir de l'information concernant le rapport, veuillez communiquer avec :

Gestionnaire de projets, Division du soutien des programmes de santé
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Localisateur postal 1920A
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0L3

On peut obtenir des copies du présent rapport à l'adresse suivante :

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Centre national d'information
Localisateur postal 1920A
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0L3

On peut trouver le présent document sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante :

http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihcc

Le présent rapport a été approuvé par les responsables des sites pilotes qui ont participé au Projet et par le comité directeur qui l'a supervisé

Le présent projet a bénéficié d'une contribution financière de la part du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux.

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000
No de cat. H39-560/2000F
ISBN: 0-662-85301-6

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire 1

Introduction 5

Aperçu du Projet pilote (conception du Projet) 7

Méthode d'évaluation (Collecte de l'information) 12

Conclusions de l'évaluation (ce que nous avons appris) 13

Le besoin en soins à domicile des Premières nations et des Inuits 13

Validité du cadre national de soins à domicile pour les Premières nations et les Inuits 15

Intégration et coordination des services de soins à domicile avec le Programme des services de soins aux adultes (composante des soins à domicile) 18

Questions critiques liées à l'élaboration (le savoir appliqué) 22

Communication 23

Engagement et soutien de la communauté 26

Planification et élaboration 28

Infrastructure de soutien de l'exécution du programme 33

Calendrier 37

Questions relatives à la dotation 39

Formation du personnel des soins à domicile 42

Questions financières 46

Comment les soins à domicile peuvent changer des choses 49

Conclusion 53

Annexe A - Description des modèles du programme 57

Premières nations de Champagne et d'Aishihik 59

Nation crie de Little Red River 64

Première nation de Long Plain 68

Administration sanitaire du Conseil des
Premières nations de Shibogama 74

Première nation d'Eel River Bar 79

SOMMAIRE

Le présent rapport résume l'information recueillie au cours du Projet du Fonds pour l'adaptation des services de santé au sujet des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Le Projet a été réalisé sur une période de 18 mois dans cinq sites regroupant huit communautés des Premières nations variées sur le plan de la géographie et de la culture. Voici les résultats escomptés :

- confirmer le besoin en services de soins à domicile dans les communautés des Premières nations et des Inuits;
- confirmer la validité du cadre national des soins à domicile des Premières nations et des Inuits;
- vérifier les options qui favorisent l'intégration et la coordination des services de soins à domicile avec les autres services sur les plans fédéral, provincial et communautaire;
- fournir de l'orientation et des conseils aux autres communautés des Premières nations et des Inuits quant à la possibilité d'appliquer les modèles élaborés.

Par l'entremise du Projet, les sites pilotes ont confirmé le besoin des Premières nations de disposer d'un programme complet et intégré de soins à domicile. On a constaté la présence importante de personnes aux prises avec des maladies chroniques, des handicaps et des maladies liées au mode de vie, ainsi qu'un état de santé médiocre, en général, et une population en croissance générale, surtout dans le cas des personnes âgées.

Les responsables des cinq sites ont souligné le besoin de créer une solide base de services essentiels pour répondre aux besoins relevés au cours de l'évaluation des besoins communautaires et, quand il y avait des services de soins à domicile, le besoin d'améliorer ou d'accroître ces services.

Les services essentiels proposés dans le Cadre national des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits ont été validés par les responsables des sites. Ces derniers ont fortement convenu qu'il fallait un programme complet de soins à domicile qui offre la possibilité d'évaluer les besoins de la clientèle, de gérer les programmes et les cas, d'offrir du soutien à domicile, des soins personnels, des soins infirmiers à la maison, des services de relève à domicile, des fournitures médicales et de l'équipement médical convenables, de gérer les dossiers et l'information, et d'établir des liens avec les autres services de santé, et services sociaux. Les modèles du programme énoncés à l'annexe A et élaborés tout au long du Projet décrivent la manière dont on rend les services essentiels.

Grâce au Projet, quatre des cinq sites ont intégré le financement du Programme de soins aux adultes du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (composante des soins à domicile) avec le Programme des soins à domicile. L'intégration de la gestion et de la supervision des programmes a toutefois été réalisée dans les cinq sites. Les options d'intégration vérifiées au cours du Projet sont décrites dans les modèles du programme décrits à l'annexe A.

On s'est rendu compte que les conclusions tirées des modèles utilisés par les sites pilotes étaient facilement applicables aux autres communautés des Premières nations et des Inuits. À la suite des conclusions provisoires du Projet, Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, a consenti des investissements importants pour l'élaboration d'une Trousse de ressources de planification afin d'aider les Premières nations et les Inuits à planifier et à élaborer leur programme de soins à domicile et en milieu communautaire. La Trousse de ressources s'inspire des lignes directrices et des outils élaborés et mis à l'essai par l'entremise du Projet et fait fond sur les leçons apprises. Ces dernières ont aussi influencé un grand nombre des décisions prises par les gestionnaires à ce jour dans l'élaboration et la mise en place graduelle du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

En conclusion, le Projet de soins à domicile des Premières nations et des Inuits du Fonds pour l'adaptation des services de santé a confirmé le besoin de disposer de services de soins à domicile nouveaux, améliorés ou élargis qui s'inspirent des fondements des services essentiels définis dans le Cadre national des soins à domicile. Le Projet a produit une quantité énorme de renseignements éclairants, pratiques et précieux qui ont fourni de l'orientation à Santé Canada ainsi qu'aux Premières nations et aux Inuits dans l'élaboration et la mise en oeuvre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

INTRODUCTION

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a été créé par Santé Canada en 1997 à la suite d'un examen national des services de santé. Le Fonds finance des approches des systèmes de santé dans quatre domaines prioritaires : soins à domicile, prestation de services intégrés, questions pharmaceutiques et soins primaires.

Santé Canada a créé un partenariat avec les Premières nations et les Inuits à la suite de la proposition du Fonds pour l'adaptation des services de santé de créer un Projet pilote de soins à domicile. Le Projet, lancé à l'automne de 1998, a été réalisé sous les auspices de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (anciennement la Direction générale des services médicaux) de Santé Canada et est supervisé par un comité directeur du Projet comprenant des représentants des gouvernements fédéral et provinciaux, et des Premières nations.

Le rapport d'évaluation final du Projet offre des idées et des renseignements concernant les leçons apprises et fournit des conseils et des perles de sagesse des leaders communautaires et des personnes engagées dans le Projet.

Cinq modèles du programme seront examinés selon deux aspects : la mesure dans laquelle ils font ressortir le besoin en services de soins à domicile au sein des communautés des Premières nations et des Inuits et la mesure dans laquelle ils valident le Cadre national de soins à domicile. Les expériences communes, les difficultés et les succès des cinq sites pilotes participants feront aussi l'objet d'un examen sur le plan de leur pertinence par rapport aux autres communautés. Les conseils mis en commun par les responsables des cinq sites pilotes sont tirés de véritables expériences communautaires de base.

Les responsables des sites espèrent que le rapport sera un outil pour les autres communautés des Premières nations et des Inuits qui planifient et élaborent des programmes de soins à domicile et en milieu communautaire.

« En ce qui concerne les sites pilotes, nous découvrons lentement notre voie à travers chaque problème et, à ce moment-ci, nous avons l'impression de marquer le pas, mais nous espérons finalement que nous sommes en train de bâtir des ponts pour ceux qui viendront après nous. »

Infirmière coordonnatrice du Projet de la Première nation d'Eel River Bar

Coordonnatrices des soins Kingfisher Lake, Wapakeka, Autorité sanitaire du conseil des Premières nations de Shibogama, Lac Wunnumin nations de Shibogama, Lac Wunnumin

Aperçu du Projet pilote (conception du Projet)

Objectifs

Voici les objectifs du Projet :

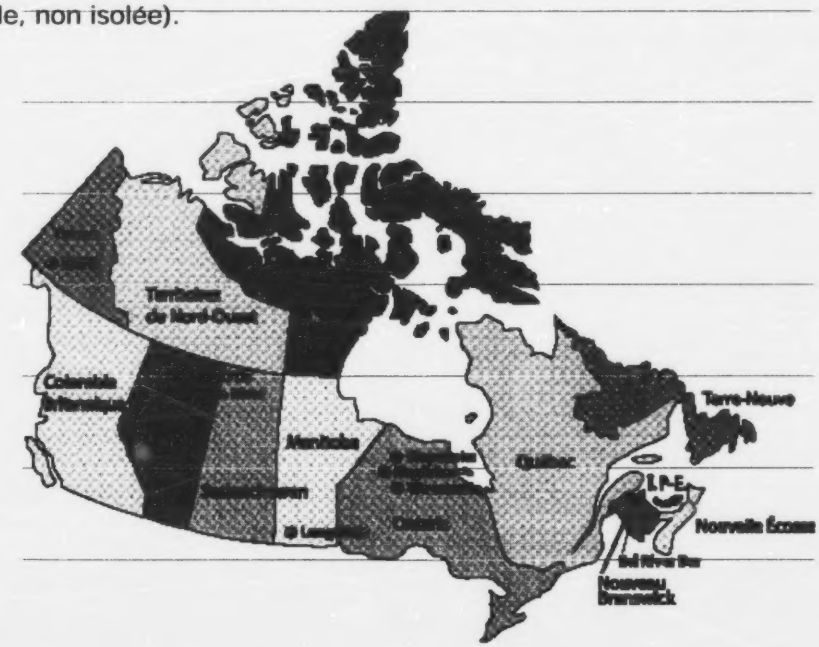
- démontrer et mesurer l'impact du changement sur les pratiques sanitaires qui a entraîné une augmentation du besoin en services de soins à domicile pour les Premières nations et les Inuits;
- démontrer qu'il faut tenir compte de certains éléments du programme et de certaines exigences en ce qui a trait à l'infrastructure dans la conception et la mise en oeuvre du futur Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits;
- optimiser les services grâce à une meilleure intégration et à une meilleure coordination avec le Programme de soins aux adultes du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (composante des soins à domicile);
- se servir du Projet pour valider le cadre des soins à domicile des Premières nations et des Inuits.

Le chef, le conseil et l'équipe des soins à domicile, Première nation d'Eel River Bar; membres de l'équipe d'évaluation du Projet

Cinq sites provenant de diverses régions du Canada ont participé au Projet et ont été choisis en raison de leur diversité culturelle et géographique, de la structure de gouvernement et du degré d'isolement.

Voici les cinq sites pilotes :

- Premières nations de Champagne et d'Aishihik (Southern Tuchone; Territoire du Yukon; 834 membres des communautés de base; rurales et semi-isolées);
- Nation crie de Little Red River (communautés participantes de Jean D'Or et de Garden River; Cris; nord de l'Alberta; 1 072 membres regroupés dans une réserve; semi-isolées et totalement isolées);
- Première nation de Long Plain (Ojibway des plaines; sud du Manitoba; 1 108 membres dans la réserve; rurale non isolée);
- Administration sanitaire du conseil des Premières nations de Shibogama (communautés participantes de Wapakeka, du lac Wunnumin, du lac Kingfisher, Oji-cris; nord-ouest de l'Ontario; 1 042 membres regroupés dans la réserve; isolées, accessibles par avion);
- Première nation d'Eel River Bar (Micmacs; Nouveau-Brunswick; 393 membres dans la réserve; rurale, non isolée).



Les responsables des sites ont été prévenus qu'ils étaient choisis pour le Projet en octobre 1998, et l'évaluation a eu lieu en mai 2000.

Pendant les 18 mois qu'a duré le Projet, les sites pilotes ont dû réaliser plusieurs tâches afin de satisfaire aux objectifs du Projet :

- effectuer une évaluation des besoins communautaires à l'aide d'un certain nombre d'outils d'évaluation normalisés;
- élaborer un plan de prestation des services dans le cadre des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Pour cette étape du Projet, un processus d'examen par les pairs a été institué afin que l'on puisse mesurer les plans de prestation des services par rapport à des critères fixés par une équipe de pairs. Le but de l'examen des pairs était de s'assurer :
  - que le plan comprenait tous les éléments des services essentiels;
  - que la structure de gestion était en place afin d'appuyer un programme sûr et efficace;
  - que la structure de base pouvait accueillir les futurs programmes dans le continuum des soins;
  - que les ressources offertes, existantes et nouvelles, avaient été prévues d'une manière efficiente et efficace;

- créer l'infrastructure nécessaire pour assurer la prestation des services de soins à domicile (p. ex., structure de gestion, dotation, fournitures et équipement);
- mettre en oeuvre les services de soins à domicile indiqués dans le plan de prestation des services;
- fournir la documentation nécessaire aux gestionnaires du Projet;
- participer à l'évaluation du Projet.

Il a fallu créer des mécanismes de soutien afin d'aider les sites à réaliser leur travail dans des délais relativement courts. Un gestionnaire du Projet de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a fourni de l'orientation et entretenu des liens entre le Projet et le comité directeur du Projet. On a retenu les services d'un expert-conseil afin d'appuyer les communautés tout au long de l'élaboration des documents écrits et des modèles, et de fournir de l'expertise en matière de soins à domicile. Tout au long du Projet, un certain nombre de réunions et de téléconférences ont été organisées afin de faciliter la communication et l'information entre les sites pilotes.

Le Projet pilote de soins à domicile devait répondre aux questions suivantes posées dans la charte du Projet[1] :

Les éléments de preuve produits à la suite du Projet confirment-ils le besoin d'élaborer un programme de soins à domicile pour les Premières nations et les Inuits?

Quels sont les domaines où les besoins sont importants selon l'évaluation des besoins communautaires?

Comment les modèles des sites pilotes des Premières nations et des Inuits répondent-ils aux besoins relevés?

Le cadre national de soins à domicile des Premières nations et des Inuits a-t-il été validé tout au long du Projet?

Comment les modèles utilisés dans le cadre du Projet contribuent-ils à l'intégration et à la coordination des services de soins à domicile des Premières nations et des Inuits avec les autres services, et comment les facilitent-ils?

Dans quelle mesure les conclusions tirées des modèles utilisés dans les sites pilotes peuvent-elles s'appliquer aux autres populations des Premières nations et des Inuits, et quelle est leur incidence sur les futurs programmes de santé dans le domaine des soins à domicile?

1 La charte du Projet orientait l'entreprise commune du Projet en énonçant l'objet et les objectifs du Projet, la manière dont le Projet serait réalisé ainsi que les rôles et les responsabilités des principaux intervenants.

Méthode d'évaluation (Collecte de l'information)

Les responsables de l'évaluation du Projet ont utilisé une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives de collecte de données. Ils ont élaboré des outils de production de rapports afin de recueillir de l'information tout au long du Projet; ces derniers ont été envoyés à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et aux dirigeants des Premières nations des sites participants. L'information de la dernière évaluation a été recueillie à l'aide de diverses méthodes, dont les suivantes :

- commentaires oraux des coordonnateurs des sites pilotes (ou des coordonnatrices des soins à domicile) ainsi que des membres de l'équipe des services de santé et des services sociaux;
- les rapports d'évaluation des besoins communautaires;
- les rapports d'évaluation d'étape et les entrevues qui ont été utilisées dans la présentation des leçons apprises à la Conférence nationale sur les soins à domicile de décembre 1999;
- les rapports mensuels destinés à décrire le travail en voie de réalisation, notamment un rapport sommaire et un rapport statistique des services offerts;
- chaque équipe responsable d'un site pilote rédige une auto-évaluation finale pour décrire ce qui a été accompli à ce jour et aider à prévoir des améliorations à apporter au futur du programme;
- une visite des lieux effectuée par une équipe de pairs afin d'interroger les dirigeants, les clients et l'équipe du Projet dans le but de valider l'auto-évaluation des services de soins à domicile dans chaque communauté.

CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION
(CE QUE NOUS AVONS APPRIS)

Le besoin en soins à domicile des Premières Nations et des Inuits

Les responsables des cinq sites devaient d'abord compiler une évaluation des besoins communautaires afin de pouvoir déterminer leurs besoins en soins à domicile en examinant la démographie de la communauté et les grandes questions de santé, et en précisant les différences qu'il y a entre les services existants et les besoins constatés. Les responsables des sites pilotes ont pu ainsi confirmer le besoin en programmes complets et intégrés de soins à domicile pour les Premières nations. On a généralement relevé les points suivants : présence importante de personnes aux prises avec des maladies chroniques, des handicaps et des maladies liées au mode de vie, un état de santé médiocre ainsi qu'une augmentation croissante de la population en général et de la population d'aînés en particulier.

Les responsables des cinq sites ont signalé le besoin de créer une bonne base de services essentiels afin de satisfaire aux besoins relevés par les évaluations des besoins communautaires et d'améliorer ou d'accroître les services de soins à domicile où ils existent.

Membres de l'équipe de la Première Nation d'Eel River Bar

Les responsables de quatre des cinq sites pilotes ont signalé le besoin d'un processus formel d'évaluation des besoins de la clientèle, d'une capacité communautaire de gérer les services de soins à domicile et d'une formation préalable au service et en cours de service. Les responsables de trois des cinq communautés ont souligné le besoin en services de repas, de meilleurs liens avec les systèmes de soins de santé hors réserve, en particulier dans le domaine de la planification des congés, de services de soins à domicile à mettre sur pied ou à élargir, et d'une amélioration ou d'un accroissement des services de soutien à domicile[2].

Les responsables d'un ou deux sites ont aussi relevé plusieurs autres besoins. Parmi ces derniers, il y a les soins personnels, les services de relève, les services de réadaptation, de santé mentale, les programmes de jour pour adultes, les services de diététiste et le transport.

Les responsables des cinq sites ont planifié et mis en application des services axés sur leurs besoins uniques relevés dans leur évaluation des besoins communautaires. La plupart des sites en sont encore à l'étape de la mise en œuvre et prévoient élargir leurs services. Toutes les communautés ont mis en œuvre :

- un processus d'évaluation formel de la clientèle
- des soins gérés (gestion de cas, renvois et liens)
- des services de relève à domicile
- des services de repas à domicile
- une structure et une meilleure coordination des services de soutien à domicile

2 Le soutien à domicile est un terme général utilisé pour décrire les services qui favorisent l'autonomie à la maison en fournissant de l'aide au chapitre de la gestion des tâches ménagères et des services de soins personnels.

- une structure de gestion du programme
- une intégration de la gestion du programme dans le cas du Programme de soins aux adultes (composante des soins à domicile) avec le Projet pilote de soins à domicile
- une formation pour les travailleurs qui assurent les soins à domicile.

On trouve une description détaillée de chaque modèle du programme des sites pilotes à l'annexe A.

Validité du cadre national de soins à domicile pour les Premières nations et les Inuits

Le Projet a permis de confirmer l'efficacité des « éléments de base essentiels » proposés dans les Paramètres nationaux s'appliquant aux soins de santé de longue durée, Phase 1 : programme de soins à domicile des Premières nations et des Inuits. Il faut un programme de soins à domicile complet susceptible de servir de fondement aux services de base dans les domaines de l'évaluation des besoins de la clientèle, de l'entretien, des soins personnels et des soins à domicile, et capable d'assurer une gestion, une coordination et une surveillance communautaires.

Membres de l'équipe de gestion des soins à domicile et de l'équipe d'évaluation du projet de la Première nation de Long Plain

Dans l'ensemble, les responsables des sites pilotes ont convenu que ces éléments de base étaient essentiels pour établir solidement un programme de soins à domicile. Cette opinion est résumée dans la citation suivante de l'un des coordonnateurs des projets pilotes :

> *« Les besoins en soins à domicile dans notre communauté correspondent au cadre national qui a été élaboré. Il faut absolument fonder le service sur des besoins qui ont fait l'objet d'une évaluation plutôt que sur des souhaits. Il faut que le personnel formé soit tenu plus responsable de fournir à la clientèle un service compétent. Les besoins doivent être coordonnés, et il est essentiel d'établir des liens avec les autres organismes dans la réserve et à l'extérieur de celle-ci. »*
>
> Coordonnatrice des soins à domicile — Première nation d'Eel River Bar

Tous les éléments essentiels relevés dans le cadre national sont déjà en place dans les cinq sites même si le service de soins à domicile n'est pas assuré par l'entremise du Projet dans deux des sites ***(voir tableau 1)***. Le programme de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick fournit des services de soins à domicile aux communautés des Premières nations du Nouveau-Brunswick, et l'administration sanitaire du Conseil des Premières Nations de Shibogama peut compter sur deux infirmières à temps plein dans des postes de soins infirmiers qui assurent présentement les services de soins infirmiers à domicile dans leur communauté.

TABLEAU 1

Élaboration des éléments des services essentiels de soins à domicile dans les sites pilotes

Éléments des services essentiels de soins à domicile	En place avant le Projet	En place à l'évaluation
Processus structuré d'évaluation de la clientèle	0	5
Processus de soins gérés	0	5
Prestation de soins infirmiers à domicile	1	3
Prestation de services de soutien à domicile	5	5
Préparation de repas à domicile	3	5
Services de relève à domicile	1	5
Liens avec les autres services de santé et services sociaux	1	5
Accès aux fournitures médicales	Information non disponible	5
Capacité de gestion du programme	1	5
Collecte de renseignements et de données	0	5

Après la mise en place des éléments essentiels, certaines communautés ont utilisé leurs ressources pour élargir l'éventail de leurs services de soins à domicile.

Intégration et coordination des services de soins à domicile avec le Programme des services de soins aux adultes (composante des soins à domicile)

Quatre des cinq sites pilotes ont intégré le financement du Programme des services de soins aux adultes (composante des soins à domicile) du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien avec le Programme de soins aux adultes. L'intégration financière ne s'est pas faite en Ontario à cause des lois actuelles et de la complexité de l'entente de financement entre le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et le gouvernement de l'Ontario. L'intégration de la gestion et de la supervision du programme a cependant été réalisée dans les cinq sites.

Remarque : au moment d'aller sous presse, des discussions ont été entreprises entre les représentants officiels de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de la province de l'Ontario et du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien concernant les options relatives à l'exécution du Programme de soins aux adultes et du Programme de soins de longue durée actuellement géré par le gouvernement de l'Ontario.

Les avantages qu'offre l'intégration avec le Programme de soins aux adultes (composante des soins à domicile) ont été confirmés tout au long de l'évaluation du Projet. On a signalé que la nouvelle structure, la supervision et la formation ainsi que le passage à des allocations de services axées sur les besoins, qui découlaient des services de soins à domicile du projet pilote, ont amélioré le professionnalisme des services et

l'estime de soi des aides à domicile. Les clients ont dit apprécier le fait qu'on ait amélioré la qualité des soins et la reddition de comptes. Les dirigeants des deux communautés ont remarqué que la gestion améliorée du programme a réduit le nombre de plaintes de la communauté au sujet des services.

Tous les sites pilotes ont regroupé la gestion du Programme de soins aux adultes (composante des soins à domicile) avec le nouveau programme de soins à domicile. Dans le cadre du programme de soins à domicile, tous les services de soins pour adultes à domicile offerts ont reposé sur les besoins en matière de santé et les besoins fonctionnels des clients qui ont fait l'objet d'une évaluation. Il y a une supervision professionnelle dans le cas des soins personnels, les soins offerts aux clients sont confiés à des personnes précises, et le personnel doit présenter des rapports. Ces changements ont produit de nombreux résultats positifs ainsi que des réussites qui ont été relevées au cours de l'évaluation. En voici des exemples :

- plus de leadership et des services de soutien communautaires en fonction des besoins évalués;
- amélioration générale de la qualité des services offerts;
- plus grand professionnalisme du personnel — « les préposés aux soins à domicile ont l'impression non pas d'être des domestiques, mais de ressembler à des membres d'une équipe de soins de santé »;
- une plus grande possibilité d'exercer une supervision professionnelle sur les services de soins personnels;
- l'impression que tout le monde peut recevoir des soins, s'ils sont nécessaires, plutôt que l'on ait des critères d'admissibilité fondés sur l'âge ou les moyens financiers;

- les préposés aux soins à domicile font partie d'une équipe des soins de santé, ce qui améliore la coordination des services communautaires;
- une plus grande responsabilité du personnel en raison de l'obligation de rendre des comptes : feuilles de temps et un rapport concernant les soins offerts à la clientèle;
- les clients sont évalués afin que l'on puisse déterminer ce que ces derniers et leurs préposés aux soins ne peuvent assurer et que l'on dispense les soins en fonction de ces besoins. Cela entraîne une meilleure correspondance entre les besoins et les ressources. Les services sont offerts à ceux qui en ont le plus besoin.

Toutefois, il existe un certain nombre de difficultés permanentes dans ce domaine :

- les exigences élevées au chapitre de la gestion afin de pouvoir s'assurer que le programme est adapté aux besoins;
- le fait de changer des politiques et des pratiques qui existent depuis des années;
- le temps qu'il faut consacrer pour convaincre la communauté qu'il faut apporter un changement;
- la difficulté de faire comprendre que les soins à domicile ne concernent que les choses que les clients ne peuvent faire eux-mêmes;
- la transition à faire entre la pratique ancienne qui consistait à rémunérer les membres de la famille pour les services qu'ils rendaient et la pratique actuelle où ce sont des préposés qualifiés qui assurent ces services en fonction des besoins du client et de l'engagement de la famille.

Perles de sagesse

Il est très difficile de changer des politiques et des habitudes de programme qui sont en place depuis de nombreuses années. On doit le faire lentement et sagement et avec l'appui

- des dirigeants de la communauté
- du personnel des services de santé et des services sociaux (soins aux adultes)
- des aînés.

Lac Kingfisher
(Ontario)

Questions critiques liées à l'élaboration (le savoir appliqué)

On s'est rendu compte que les conclusions tirées des modèles utilisés par les sites pilotes étaient facilement applicables aux autres communautés des Premières nations et des Inuits. À la suite des conclusions provisoires du Projet, Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, a consenti des investissements importants pour l'élaboration d'une Trousse de ressources de planification afin d'aider les Premières nations et les Inuits à planifier et à élaborer leur programme de soins à domicile et en milieu communautaire. La Trousse de ressources s'inspire des lignes directrices et des outils élaborés et mis à l'essai par l'entremise du Projet, et fait fond sur les leçons apprises. Ces dernières ont aussi influencé un grand nombre des décisions prises par les gestionnaires à ce jour dans l'élaboration et la mise en place graduelle du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Voici les grandes lignes des leçons importantes tirées du Projet dans les domaines suivants :

- communication
- participation et soutien de la communauté
- appuis au cours de la planification et de l'élaboration
- infrastructure de soutien visant l'exécution du programme
- temps nécessaire pour la planification et l'élaboration des services
- questions de dotation
- formation du personnel responsable des soins à domicile
- questions financières.

Communication

Les responsables des cinq sites pilotes ont souligné le besoin d'avoir la même compréhension du concept de soins à domicile. On a constaté que la plupart des membres des communautés les considéraient comme un service d'aide familiale, et il a fallu recourir à la communication et à l'enseignement auprès des membres de la communauté afin d'arriver à une compréhension commune du concept élargi de soins à domicile. L'élaboration d'une stratégie de communication est donc un élément essentiel de la planification et de la mise en œuvre du programme. Les principes qui consistent à favoriser l'autonomie des clients et à ne faire que ce que le client ne peut pas faire lui-même constituent une partie essentielle des soins à domicile que les dirigeants communautaires et l'équipe responsable des services de santé et des services sociaux doivent favoriser et comprendre.

« Je pense que la grande clé qui ouvre la porte de la réussite est la communication. Vous pouvez disposer du plus extraordinaire plan de soins à domicile de tout le pays, mais s'il ne bénéficie pas de l'appui de la communauté, souvent le meilleur plan qu'on puisse échafauder connaît l'échec. »

Coordonnatrice des soins à domicile,
Première nation d'Eel River Bar
Lac Kingfisher (Ontario)

On a signalé un certain nombre d'approches efficaces pour communiquer avec les membres de la communauté. En voici quelques-unes :

- utilisation de la radio locale dans la langue locale;
- élaboration d'une brochure visant à présenter les lignes directrices du programme;
- rencontres communautaires;
- rencontres personnelles;
- rencontres avec les aînés;
- exposé à l'intention des dirigeants de la communauté;
- bulletins mensuels;
- ateliers destinés à sensibiliser les gens aux questions concernant les personnes handicapées;
- téléconférence visant à mettre en communication les communautés éloignées les unes avec les autres et avec les experts en soins à domicile;
- réunions inter-organisationnelles.

On a également relevé un certain nombre de difficultés :

- des attentes irréalistes en ce qui a trait aux services de soins à domicile;
- l'idée tenace que les soins à domicile constituent un « service d'aide familiale »;
- le passage à des services axés sur les besoins évalués;
- l'établissement de moyens de communication efficaces dans les communautés où la plupart des membres ne parlent pas l'anglais.

Perles de sagesse

COMMUNICATION

Élaborez une stratégie de communication visant à assurer la participation de la communauté et la compréhension des soins à domicile de manière à ce que le nouveau programme soit accepté et appuyé au fur et à mesure qu'il est mis en place.

Recourez à diverses méthodes de communication.

POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- La mission ou vision du programme apparaît habituellement sur le matériel écrit.

- Les bulletins d'information constituent un bon moyen de tenir les gens au courant des choses. Une coordonnatrice a affirmé qu'elle savait que les gens les lisaient quand elle sautait un mois et que les gens appelaient pour lui demander où était le bulletin.

- Les communications doivent se faire dans la langue locale toutes les fois que cela est possible.

- Les méthodes de communication et les documents doivent être approuvés par les dirigeants.

- Toutes les communications doivent être adaptées à la culture de la communauté.

Engagement et soutien de la communauté

À chaque étape du projet, on a souligné le besoin de bénéficier de la participation et du soutien de la communauté et de ses dirigeants. Cette participation et ce soutien ont commencé au moment de la consultation communautaire au cours des évaluations des besoins communautaires et de la formation d'une équipe de planification. On a déterminé que ce processus était une nécessité si on voulait élaborer et mettre en œuvre un programme voué à la réussite.

> *« Travaillez en équipe. Faites des remue-méninges et débattez des questions et obtenez la participation des gens. »*
>
> Directeur de la santé,
> Lac Kingfisher,
> Conseil des Premières Nations
> de Shibogama

Grâce à l'évaluation, on a constaté que les approches suivantes en ce qui a trait à la participation et au soutien de la communauté et des dirigeants étaient particulièrement efficaces et fructueuses :

- réunions inter-organisationnelles régulières;
- formation d'une solide équipe de planification;
- engagement et dévouement des membres de l'équipe qui comprennent la philosophie des soins et sont engagés à son égard;
- soutien des dirigeants qui croient à l'importance du projet;
- travail d'équipe.

> *« Le projet a soudé les membres de la communauté; les aînés autochtones et non autochtones se sont réunis pour manger et discuter des soins à domicile. »*
>
> Conseiller en santé,
> Premières nations de
> Champagne et d'Aishihik

Toutefois, les responsables des sites pilotes ont également relevé un certain nombre de difficultés dans ce domaine.

- difficulté de trouver du temps pour discuter de certains problèmes relatifs aux soins à domicile avec les dirigeants;
- les exigences et les pressions relatives au travail font qu'il est difficile de réunir l'équipe;
- une crise communautaire peut exiger des modifications des plans;
- les changements de personnel peuvent créer des difficultés;
- les demandes irréalistes des clients et de la communauté.

Perles de sagesse

SOUTIEN ET ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ

Recourez à une approche collective au moment de planifier et de mettre en oeuvre le programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Consultez la communauté afin de recevoir ses commentaires concernant la détermination des besoins et l'élaboration du plan.

Formez une équipe de planification contenant un représentant des principaux groupes.

Rendez des comptes aux dirigeants et acceptez leurs conseils.

Planification et élaboration

Selon les responsables des sites pilotes, la planification sérieuse et réfléchie d'un programme est une étape essentielle quand il s'agit de poser les bases d'un programme voué à la réussite. Cela comprend un certain nombre de soutiens nécessaires à la planification, à l'élaboration et à la mise en œuvre de services de soins à domicile de qualité, par exemple, l'accès à un soutien technique sous la forme d'experts en soins à domicile ayant une expérience pratique de la planification et de la prestation des soins à domicile, des documents écrits, des modèles et des formulaires types, des réunions et des téléconférences et l'appui des pairs.

Expertise en matière de soins à domicile

Tous les coordonnateurs des sites pilotes ont exprimé le besoin d'être appuyés par des experts dans le domaine des soins à domicile et de les consulter. À plusieurs reprises, on a communiqué par téléphone avec l'expert-conseil en soins à domicile du projet pour obtenir du soutien, des conseils concernant les aspects liés à la planification, à la mise en œuvre ou à l'exécution du projet ainsi que pour la transmission de documents. On a trouvé d'autres sources de soutien d'experts plus près de la communauté. On a également eu accès à de la documentation et à des ressources des programmes de soins à domicile locaux. Des personnes-ressources du bureau régional de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits ont participé au projet et ont pu ainsi fournir un soutien supplémentaire.

Programme de soins de jour/de repas-rencontre, Long Plain

Réunions et téléconférences

Chaque communauté a reçu la visite du gestionnaire de projet afin que celui-ci présente le projet. Les responsables des sites pilotes pouvaient s'inscrire et voyager à deux reprises pour participer aux Conférences nationales sur les soins à domicile de 1998 et 1999. Les employés des sites pilotes ont aussi assisté à quatre réunions au cours du projet. On a organisé plusieurs téléconférences afin de partager de l'information, de prendre des décisions conjointes et de réaliser des travaux de planification conjoints.

Soutien des pairs

De l'avis de tous les coordonnateurs, la possibilité d'obtenir le soutien des pairs et d'interagir avec ces derniers, grâce à leurs réunions, à leurs téléconférences et à leurs communications informelles, a été extrêmement importante pour la réussite de leur propre programme.

Documents et modèles écrits

Les documents et les modèles écrits qui ont été élaborés pour le Projet ont été jugés utiles dans la planification et l'élaboration de chaque programme communautaire. Les documents ont formé la base de la Trousse des ressources de planification élaborée par les responsables du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Perles de sagesse

ÉNONCÉ DE VISION

« Asseyez-vous et décidez d'une mission et d'une philosophie; tout le reste (les plans et les décisions en découlent) »

Champagne/Aishihik

Prenez le temps de poser les bases d'un solide programme de soins à domicile. Commencez par arrêter un énoncé de mission et une philosophie qui reçoivent l'appui des dirigeants.

Les responsables des cinq sites pilotes ont souligné le besoin d'élaborer un énoncé de mission ou de vision spécifique afin de fournir de l'orientation au programme. Cet énoncé est mieux élaboré si on consulte les membres de la communauté et les dirigeants. De plus, il faut absolument que les dirigeants de la communauté non seulement approuvent l'énoncé, mais qu'ils le comprennent et l'appuient vraiment.

POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Un énoncé favorisant le mieux-être et l'autonomie est habituellement une élément de base d'un énoncé de mission en matière de soins à domicile.

Perles de sagesse

PLANIFICATION ET ÉLABORATION

« Prenez votre temps... »

(Premières nations de Champagne et d'Aishihik)

Établissez d'abord l'infrastructure comprenant les politiques et les lignes directrices, la structure de gestion, la supervision professionnelle et les processus comme la planification de l'évaluation des clients et les feuilles de temps. Il est préférable de mettre les services sur pied après avoir posé les fondements.

Il faut aussi communiquer les renseignements concernant le programme afin d'obtenir l'appui de la communauté pour tout changement apporté.

Les communautés qui planifient et mettent en oeuvre des programmes de soins à domicile et en milieu communautaire ont besoin de pouvoir compter sur des documents et des manuels de soins à domicile écrits, le soutien d'experts dans le domaine des soins à domicile et la possibilité de rencontrer des pairs pour profiter de leurs connaissances et leur appui.

Territoire traditionnel des Premières nations de Champagne et d'Aishihik (Yukon)

POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- Il faut fixer des échéanciers et élaborer un plan de travail si l'on veut être efficient et poursuivre le travail. Cela vous permettra de poursuivre votre travail en dépit des multiples interruptions qui surviendront.

- Soyez prêt à subir des pressions pour que vous offriez des services avant la fin de la planification.

- Bien planifier au début vous épargnera du temps par la suite.

- Sans de solides fondements, les murs craqueront à un moment donné.

Réunion de l'équipe d'évaluation du projet de la Première nation de Little Red Eel

Infrastructure de soutien de l'exécution du programme

Les programmes qui donnent des résultats doivent disposer d'infrastructures de soutien qui guident et renforcent les services. Le projet a illustré le besoin de l'infrastructure suivante.

Gestion du programme

- soutien d'experts dans le domaine des soins à domicile;
- supervision professionnelle;
- équité salariale avec les autres employés qui occupent des postes semblables;
- avantages sociaux pour le personnel comme la pension de retraite, les vacances et les congés de maladie;
- assurance responsabilité;
- cadre de pratique clairement défini;
- politiques relatives au personnel en place et appliquées.

Perfectionnement professionnel

- formation de façon à ce que les travailleurs communautaires responsables des soins à domicile puissent fournir des soins personnels, des services de repas et des soins palliatifs;
- formation régulière en cours d'emploi pour tous les employés;
- certificat en soins des pieds pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées;
- RCR et Premiers soins élémentaires;
- cours de manipulation des aliments;
- levers et transferts.

Structures de soutien :

- formulaires de présentation de rapport pour les employés
- plan d'orientation
- descriptions de travail
- politiques et procédures en matière de soins à domicile
- formulaires de présentation de rapports mensuels visant à assurer le suivi des soins donnés au client
- outil de classement de la clientèle
- évaluation de la clientèle
- plan de soins à la clientèle.

Équipement et fournitures :

- transport pour les infirmières responsables des soins à domicile
- équipement et fournitures de soins infirmiers
- une armoire de prêt de matériel.

Immobilisations :

- logement pour le personnel responsable des soins à domicile dans les régions nordiques
- matériel informatique et logiciels
- locaux à bureaux dans chaque communauté pour le personnel responsable des soins à domicile
- bureaux et équipement de bureaux
- transport pour handicapés.

Au cours du processus d'évaluation, on a constaté que les mesures suivantes pourraient produire de bons résultats dans ce domaine :

- la mise en commun de politiques, les descriptions de travail et les renseignements concernant les besoins au chapitre de l'infrastructure qui existent entre les programmes;
- appui des dirigeants à l'égard de l'infrastructure mise sur pied;
- politiques et procédures qui permettent d'accéder rapidement à l'équipement qui peut améliorer l'autonomie des clients;
- dans la plupart des sites pilotes, on a créé des ensembles d'avantages sociaux et de l'assurance-responsabilité pour les employés.

Toutefois, on a relevé un certain nombre de difficultés dans ce domaine :

- l'élaboration de politiques exige beaucoup de temps;
- les politiques doivent être approuvées par les dirigeants;
- les coûts élevés liés à la fourniture de logements au personnel dans les communautés nordiques;
- le nombre important de tâches liées à la planification et au perfectionnement qu'il faut réaliser dans des délais courts.

« *On ne peut pas s'attendre à ce qu'un programme de cette ampleur ait des bases solides s'il y a eu peu de temps entre la planification et la mise en oeuvre. Il y a tellement de travail à faire et tellement de facteurs à prendre en compte qui gênent le rythme de la prestation réelle.* »

Infirmière auxiliaire autorisée
en soins à domicile
de la Nation crie de Little Red River

Perles de sagesse

STRUCTURES DE SOUTIEN

Prenez le temps d'élaborer de solides fondements qui comprennent une bonne structure de gestion, des plans de formation, un programme et des politiques en matière de personnel ainsi que des fournitures et de l'équipement.

Tenez compte des besoins des clients et des employés afin de constituer une solide base de soutien.

POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- Examinez le cadre des fonctions du personnel dans le programme.
- Assurez-vous qu'il y a une supervision professionnelle.
- Assurez-vous que le programme fonctionne en conformité avec les exigences juridiques de la province ou du territoire.
- Il doit y avoir des balises afin que l'on puisse s'assurer que les clients reçoivent des soins sûrs et de qualité.

Calendrier

> *« La planification d'un programme est une tâche qui exige beaucoup de temps, mais elle est très importante parce que c'est ainsi que l'on pose les bases du programme. »*
>
> Coordonnatrice des soins à domicile de la Première nation d'Eel River Bar

Tous les responsables des sites pilotes ont dit avoir besoin de plus de temps pour réaliser la planification nécessaire et l'élaboration des tâches. À leur avis, les échéances du Projet étaient trop brèves, et les attentes concernant la réalisation des tâches étaient trop élevées ***(voir le tableau 2 pour connaître les échéances moyennes pour terminer les activités de planification)***. On a signalé que l'introduction du Programme national de soins à domicile et en milieu communautaire a eu une incidence sur le fonctionnement des autres services communautaires. Il faut du temps pour redéfinir les rôles et les responsabilités avec les autres employés responsables de la santé et du développement social, pour créer de nouvelles relations de travail et pour trouver ou partager de l'équipement et de l'espace. L'apprentissage critique a confirmé le besoin d'adopter une approche communautaire et adaptée au rythme de la communauté pour l'élaboration d'un programme.

TABLEAU 2

Échéances moyennes

Activité	**Temps requis**
Évaluation des besoins communautaires	1 440 heures
Plan de prestation des services	544 heures
Plan et activités de mise en oeuvre	843 heures
Plan et supervision de la formation	470 heures

Toutefois, on a relevé un certain nombre de réussites dans ce domaine :

- appui des dirigeants de la communauté;
- appui des membres de la communauté;
- des changements positifs sont survenus et les services ont été améliorés et accrus;
- une meilleure qualité de services;
- une infrastructure de soutien : politiques et documents d'orientation et plans, a été mise sur pied.

L'évaluation des sites pilotes a aussi permis de distinguer les difficultés suivantes concernant les exigences en ce qui concerne le temps nécessaire pour élaborer des services de soins à domicile :

- réaliser un changement positif exige du temps;
- ***« Il est très difficile de changer des politiques et des habitudes de programme qui sont en place depuis 12 ans. Il faut le faire lentement et sagement ».***
  (Première nation d'Eel River Bar)
- on a eu de la difficulté à trouver le temps de rencontrer les dirigeants;
- des manifestations et des crises communautaires ont souvent entravé les plans;
- la charge de travail du personnel responsable de la planification est lourde.

« Lors de la planification initiale découlant de l'évaluation des besoins (version guerre et paix), nous pensions être en mesure d'offrir la lune et les étoiles, mais l'année qui vient de s'écouler a démontré qu'à moins d'offrir si ce n'est que des poussières de lune et d'étoiles, pourrions-nous tenter de répondre aux besoins. »

Nation crie de Little Red River

Questions relatives à la dotation

Les questions relatives à la dotation qu'on a relevées au cours du Projet concernaient surtout trois domaines : le type d'employés et les compétences nécessaires pour planifier et élaborer un programme de soins à domicile; les structures de soutien nécessaires au personnel; et la définition des rôles et des responsabilités des nouveaux titulaires de postes et leur incidence sur les rôles et les responsabilités du personnel actuel responsable de la santé communautaire.

« La Coordonnatrice doit être une infirmière autorisée en mesure d'effectuer des évaluations complètes des clients et d'attribuer des tâches selon les besoins des clients. »

Première nation de Long Plain

« La présence d'une expertise en soins à domicile chez le coordonnateur du Projet pilote a permis aux autres employés de trouver de nouvelles approches (résolution de problèmes) capables de répondre aux besoins de la clientèle. »

Autorité sanitaire du conseil des Premières nations de Shibogama

En ce qui concerne le type d'expertise nécessaire à la planification et à l'élaboration de services communautaires à domicile, une combinaison d'expertise communautaire et d'expertise en soins à domicile a semblé être l'approche la plus efficace en matière de planification. Tous les sites ont embauché des infirmières autorisées pour élaborer le programme de soins à domicile. De l'avis général, une infirmière autorisée ayant une vaste expérience des soins à domicile doit être jumelée à un membre de la communauté ou à un comité communautaire qui comprend les conditions et les questions communautaires locales.

« *Retirez les soins à domicile de l'arène politique et utilisez l'approche professionnelle. Les bons dirigeants qui gèrent bien attirent les bons employés* »

Première nation de Long Plain

On a constaté que la planification et l'élaboration d'un programme de soins à domicile exigeaient beaucoup de temps. L'expérience des sites pilotes a clairement démontré la nécessité de l'existence d'un poste à temps plein au cours de la période critique de planification et de mise en œuvre. De plus, on a déterminé que l'engagement et le dévouement de l'infirmière coordonnatrice étaient essentiels à la réussite de la mise sur pied du programme.

Les responsables de deux des sites pilotes ont signalé le besoin d'avoir un poste d'infirmière à temps partiel supplémentaire étant donné que l'infirmière qui est responsable de la gestion du programme et des évaluations a une très lourde tâche.

On a trouvée essentielle la présence d'un personnel qualifié pour la mise sur pied d'un programme de soins à domicile. On a constaté que pour pouvoir recruter et garder du bon personnel, il était essentiel de compter sur un certain appui. Le plus fréquemment relevé a été l'appui des dirigeants.

Le fait de travailler dans le cadre d'une équipe communautaire est un appui très important pour le personnel du projet pilote. De bonnes relations de collaboration et l'appui des autres employés responsables de la santé et du développement social ont aussi paru critiques pour l'équipe du Programme.

« *L'appui des dirigeants et leur croyance en l'importance de ce programme...sont critiques.* »

Premières nations de Champagne et d'Aishihik

De plus, les expériences des sites pilotes ont fait ressortir la nécessité de disposer de politiques intégrales, et d'appuis au chapitre des ressources humaines : manuel de politiques du personnel que l'on applique constamment et correctement, avantages sociaux comme des vacances, des congés de maladie, des régimes de pension et de prestations de maladie, ainsi que des descriptions de travail et des attentes claires en plus d'une supervision et d'un appui professionnels.

Les projets pilotes ont aussi démontré qu'il fallait prendre le temps de travailler avec le personnel communautaire en place responsable de la santé afin de redéfinir les rôles et les responsabilités. Une augmentation des services d'une telle ampleur entraîne des conséquences pour de nombreuses autres personnes qui travaillent dans la communauté.

Si on ne précise pas les rôles au cours de l'étape de la planification, cela peut créer de la confusion et des conflits entre les divers membres du personnel. Il faut donc établir de bonnes communications et faire participer les collègues de travail au processus de planification.

« *Il faut consulter les autres fournisseurs de soins de santé, depuis la communauté et jusqu'aux niveaux supérieurs, si l'on veut prévenir les malentendus.* »

Coordonnatrice, Premières nations de Champagne et d'Aishihik

Première nation d'Eel River Bar (Nouveau-Brunswick)

Perles de sagesse

Il est très avantageux de pouvoir compter sur la présence d'une infirmière possédant de l'expertise en matière de soins à domicile au cours de la planification, de l'élaboration et de la mise en œuvre du Programme de manière à ce que les nouveaux services soient mis sur pied d'une façon nouvelle.

On recommande que le coordonnateur ou créateur du programme soit titulaire d'un poste à temps plein au cours de l'étape de la planification et de la mise en œuvre. Même si la population peut varier, le temps qu'il faut consacrer à la planification quand il s'agit d'une petite population est semblable à celui qui est nécessaire pour une population plus importante.

Le processus de planification des soins à domicile exige une approche collective où les responsables bénéficient de l'appui des dirigeants, des autres employés du Programme et des membres de la communauté.

Il faut des politiques progressives et complètes en ce qui a trait au personnel pour appuyer les employés à toutes les étapes de la planification et de la prestation des services.

À l'étape de la planification, il faut examiner le rôle joué par le nouveau personnel et le personnel existant afin de conserver des relations positives au sein de l'équipe responsable de la santé et du développement social.

Formation du personnel des soins à domicile

On a constaté que la formation du personnel responsable des soins à domicile était un besoin essentiel et qu'un certain type de formation à l'intention des employés responsables des soins à domicile était offert dans chaque site pilote. Cette formation semble offrir un certain nombre d'avantages : une estime de soi, un rendement au travail et un professionnalisme améliorés chez le personnel ainsi que de meilleurs services. On s'est rendu compte que ces avantages existaient même quand la formation n'était pas offerte dans le cadre d'un programme reconnu doté de l'attestation. Toutefois, toutes les communautés ont essayé de trouver un programme adapté et certifié.

On a signalé un certain nombre de réussites en ce qui concerne la formation du personnel responsable des soins à domicile :

- l'utilisation des téléconférences pour dispenser un cours dans la Nation crie de Little Red River;
- un cours modifié pour compenser les faiblesses au chapitre des connaissances linguistiques et de l'éducation dans les communautés des Premières nations de Shibogama;
- la formation offerte dans la communauté, dans certains sites, a réduit les coûts de formation et permis aux stagiaires de demeurer dans leur propre communauté, avec leur famille, tout en étant inscrits au programme de formation;
- créer des partenariats avec d'autres communautés afin de fournir des programmes de formation qui permettent de réduire les coûts;
- la formation a permis d'acquérir de nouvelles compétences dans la communauté, ce qui, par ricochet, a amélioré la capacité de fournir des services de repas à domicile, des soins personnels, des soins palliatifs, des services de relève et d'autres services de soins à domicile.

L'évaluation du projet a aussi permis de relever les difficultés suivantes concernant la formation :

- la difficulté de trouver une formation à prix abordable dans la communauté;
- l'absence d'une formation autorisée à l'intention du personnel responsable des soins à domicile qui tienne compte de la maîtrise de l'anglais comme langue seconde;
- les difficultés qu'ont eues certains candidats à un emploi de satisfaire aux conditions d'admission relatives aux études;
- l'importance critique de choisir des stagiaires qui conviennent à ce type de travail et qui sont résolus à l'accomplir;
- l'importance de prévoir une formation initiale préalable aux services de manière à ce que l'on dispose d'un personnel formé au moment de mettre le programme de soins à domicile en œuvre.

Aides familiales et aides à domicile, lac Wunnumin (Ontario)

Perles de sagesse

FORMATION

La formation du personnel responsable des soins à domicile est essentielle pour l'élaboration d'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire complet.

La formation améliore considérablement la qualité des services de soins communautaires à domicile et le professionnalisme du personnel favorise les principes d'autonomie et permet d'offrir un plus grand nombre de services.

POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LA FORMATION

- Le formateur doit être une infirmière autorisée de manière à ce que l'expérience pratique puisse être supervisée dans un établissement de soins de longue durée.

- Il est préférable d'opter pour une formation autorisée sur laquelle il est possible de faire fond pour poursuivre d'autres études.

- Pour remporter plus de succès, il faut absolument choisir des stagiaires qui conviennent au travail, qui sont respectés dans la communauté et qui s'engagent envers ce type de travail.

- Quand le manque d'éducation constitue un obstacle pour accéder à une formation autorisée, il demeure avantageux d'offrir une formation modifiée.

Questions financières

Tous les responsables des sites pilotes ont relevé des besoins et esquissé des plans qui vont au-delà du financement offert. Au fil du temps, les responsables du Projet ont d'abord voulu poser les fondements des services essentiels de manière à ce qu'il soit possible d'élargir le programme si de nouveaux fonds étaient offerts à l'avenir. La consolidation des budgets du Programme des services de soins aux adultes financé par le MAINC (composante des soins à domicile), du financement des soins à domicile dans le cadre de la stratégie ***Pour des communautés en bonne santé*** de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et le financement du Projet est apparue comme une façon d'optimiser les montants consacrés aux services. Toutes les communautés nordiques ont signalé le besoin d'un financement supplémentaire pour absorber les coûts élevés liés au logement, aux salaires des employés et aux déplacements.

Le Projet a permis de démontrer qu'une fois qu'on a mis en place la structure de base capable de fournir les services de soins à domicile, il est possible d'offrir d'autres services. Par exemple, une communauté qui disposait déjà de nombreux services essentiels avant la mise en œuvre du Projet a été en mesure d'accroître considérablement sa prestation des services en ajoutant plusieurs nouvelles composantes comme un programme d'aide au bain, un programme de repas, des services de transport spéciaux, de meilleurs services infirmiers, des services de podologie, des services destinés aux diabétiques et d'autres services.

En résumé, l'évaluation a permis de relever un certain nombre de réussites qui concernent les aspects financiers du Projet, notamment l'intégration du financement du Projet avec le financement actuel des soins infirmiers à domicile et des services de soins aux adultes à domicile, et la capacité générale d'améliorer l'éventail et la quantité de services offerts dans chaque communauté.

On a également signalé un certain nombre de difficultés en ce qui concerne le financement du Projet, notamment :

- le coût élevé du transport aérien dans les communautés nordiques accessibles par voie aérienne;
- le coût du logement du personnel infirmier dans les communautés éloignées;
- la difficulté d'établir un ordre de priorité des besoins et de prendre des décisions concernant les services les plus essentiels;
- le fait que les sites pilotes ne connaissaient pas les fonds qui leur étaient accordés au moment de préparer leurs plans de prestation de services communautaires;
- les retards dans la réception des versements de fonds.

Jean D'Or, Nation cri
de Little Red River
(Alberta)

Perles de sagesse

INTÉGRATION DU FINANCEMENT

« Songez à intégrer les ressources du Programme de soins aux adultes (composante des soins à domicile) avec les ressources du Programme des soins à domicile et en milieu communautaire. »
(Dirigeants de la Première nation de Long Plain)

« Assurez-vous qu'il y a suffisamment de fonds pour une infirmière coordonnatrice des soins à domicile à temps plein »
(Dirigeants de la Première nation d'Eel River Bar)

POINTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Déterminez les besoins en matière de soins à domicile, puis établissez l'ordre de priorité des besoins en fonction des services qui favoriseront le plus la santé et l'autonomie des membres de la communauté.

Créez des structures de soutien et mettez en œuvre les services les plus nécessaires. Vous pourrez augmenter les services quand les fondements auront été jetés et les services essentiels mis en place.

Réunion d'évaluation des Premières nations de Champagne et d'Aishihik

Comment les soins à domicile peuvent changer des choses

Les soins à domicile changent quelque chose dans la vie des membres de la communauté. Même si les sites pilotes ont éprouvé énormément de difficultés au moment de mettre sur pied un nouveau programme, la vraie récompense, c'est l'effet que produisent les services sur la vie des gens.

Les personnes qui ont moins de 65 ans et qui sont aux prises avec de graves problèmes de santé peuvent maintenant recevoir des services de soutien à domicile. Un client a déclaré ce qui suit : ***« Je veux simplement vous remercier d'avoir pu compter sur quelqu'un pour s'occuper de moi après mon opération ».***

« C'est merveilleux que les aînés puissent demeurer chez eux. Cela nous donne plus d'énergie pour nous débrouiller nous-mêmes. »

« Le rire est un remède pour l'âme. »

Un client a reçu des documents à remplir en vue d'un placement de longue durée à la suite de son admission à l'hôpital pour une courte période. L'infirmière coordonnatrice des soins à domicile a pu intervenir puisque ce n'était pas ce que le client souhaitait. On a plutôt pris des arrangements en vue de services de relève périodiques de préférence à un placement de longue durée.

Un client âgé d'une quarantaine d'années subit un important accident cérébrovasculaire. Le personnel responsable de la santé de la communauté a utilisé une approche interdisciplinaire pour faciliter la planification de son congé. Tout a été mis en oeuvre : l'accès à de l'équipement, l'éducation de la famille et du personnel, et la planification des soins et du soutien à domicile, afin que le client puisse être ramené à la maison.

Notre service de soins à domicile offre aux aînés et aux handicapés un sentiment de sécurité et de soutien. Comme l'a déclaré un aîné : ***« Le simple fait de savoir qu'on s'occupe de moi, que j'ai une place, me réconforte ».***

Les services de relève permettent au fournisseur de soins de prendre une pause bien méritée — moment au cours duquel il peut prévoir des activités pour lui-même comme des rendez-vous, du magasinage, ou simplement un congé de ses responsabilités et tâches quotidiennes de fournisseur de services. Comme l'a déclaré le père d'un enfant totalement dépourvu d'autonomie : ***« Le bien-être comporte non seulement des aspects physiques, mais également des aspects émotifs, spirituels et mentaux ».***

Parents d'un enfant totalement dépourvu d'autonomie qui exige des services de relève

Longtemps, on a cru qu'un membre de la bande était incontinent et il utilisait des couches. Quand on a effectué une évaluation des besoins du client pour les soins à domicile, on a constaté que la personne n'était pas incontinente, mais que le fauteuil roulant n'était pas adapté à la salle de bain. On a demandé une chaise percée et un urinal. Le client est maintenant beaucoup plus autonome pour ce qui est de ses soins personnels.

Une aînée s'occupait de son mari malade. L'infirmière responsable des soins à domicile a remarqué que la personne soignante éprouvait elle-même des problèmes de santé. À la suite de l'intervention de l'infirmière, cette personne est maintenant traitée pour le diabète et l'hypertension.

Au cours d'une visite du client, une cliente a déclaré vouloir demeurer dans la communauté. Grâce aux soins à domicile, elle est capable de vivre chez elle.

Les Premières nations contrôlent l'administration de leur programme de soins à domicile. Cela donne l'occasion à nos gens de s'occuper des besoins en matière de santé de leurs propres membres. Nos aînés et nos membres peuvent retourner dans leur communauté plus rapidement que s'il s'agissait d'un long séjour à l'hôpital.

« Les gens reviennent plus rapidement dans un milieu familier et peuvent recevoir régulièrement la visite de leur famille et de leurs amis ».

CONCLUSION

Le Projet de soins communautaires pour les Premières nations et les Inuits du Fonds pour l'adaptation des services de santé a confirmé le besoin de services de soins à domicile nouveaux, améliorés ou élargis servant de fondements des services essentiels mentionnés dans le cadre national des soins à domicile. Le Projet a produit une foule de renseignements éclairants, pratiques et précieux qui ont fourni une orientation à Santé Canada, aux Premières nations et aux Inuits dans l'élaboration et la mise en œuvre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Quand on a demandé aux équipes responsables des projets pilotes et à leurs dirigeants quelles étaient, à leur avis, les plus grandes réussites de leurs programmes, ils ont mentionné les éléments suivants :

L'utilisation d'évaluations des besoins du client pour créer des services axés sur les besoins en matière de santé et sur la promotion de l'autonomie.

> ***« Les services de soins à domicile favorisent maintenant l'autonomie. »*** (Administration sanitaire du Conseil des Premières nations de Shibogama)
>
> ***« Les soins sont maintenant axés sur les besoins. »*** (Premières nations de Champagne et d'Aishihik)
>
> ***« Les services de soutien à domicile sont renforcés par le fait qu'on axe les services sur l'évaluation des besoins. »*** (Première nation d'Eel River Bar)
>
> ***« Les clients se sont montrés reconnaissants du fait que l'on tienne compte de leurs besoins. On s'est rendu compte que certains besoins n'avaient pas été satisfaits précédemment, et des mesures ont été prises pour les satisfaire. »*** (Nation crie de Little Red River)

Formation du personnel responsable du soutien à domicile.

> ***« La formation offerte nous permet d'offrir des services de relève et des soins personnels. »*** (Première nation d'Eel River Bar)

> ***« Les soins à domicile des PNCA ne sont plus un service d'entretien ménager, mais sont maintenant axés sur les besoins et favorisent l'autonomie. »*** (Premières nations de Champagne et d'Aishihik)

L'intégration des soins à domicile pour adultes et des services de soins à domicile.

> ***« On a fait ressortir des problèmes qui n'avaient pas été résolus avant. Le Programme de soins à domicile favorise les clients, et on coordonne davantage les services. »*** (Nation crie de Little Red River)

> ***« Avant le Projet, les services n'étaient pas convenablement offerts. Il y a eu une nette amélioration. Nous (les conseillers) recevons moins de plaintes maintenant... Le personnel responsable du soutien à domicile ne faisait pas l'objet d'une supervision suffisante, c'était comme un service de domestiques. »*** (Première nation de Long Plain)

> ***« Grâce à la mise en œuvre d'une évaluation des besoins et des feuilles de temps signées, le programme de soutien à domicile a renforcé la reddition de comptes. »*** (Première nation d'Eel River Bar)

Services de santé élargis.

> ***« On offre maintenant au client un plus grand nombre de services de santé à domicile. »***
> (Nation crie de Little Red River)
>
> ***« On a augmenté les services; on offre maintenant des soins palliatifs et des soins personnels.»*** (Administration sanitaire du conseil des Premières nations de Shibogama).

Meilleure coordination des soins offerts à la clientèle.

> ***« Dans notre région, les services de soins à domicile à l'intention des clients des Premières nations étaient fournis par le gouvernement territorial du Yukon et les Premières nations de Champagne et d'Aishihik sans qu'il y ait de coordination entre les programmes. Le but visé par le programme de soins à domicile des Premières nations de Champagne et d'Aishihik est de partager les responsabilités concernant la prestation des soins à domicile afin d'offrir à la clientèle un programme sans faille. »*** (Premières nations de Champagne et d'Aishihik)
>
> ***« Les membres de la bande de Long Plain bénéficient maintenant d'un guichet unique pour obtenir des soins à domicile et des soins de longue durée. »*** (Première nation de Long Plain)

Bienvenue à bord!
Jim Cardinal
Nation crie de Little Red River

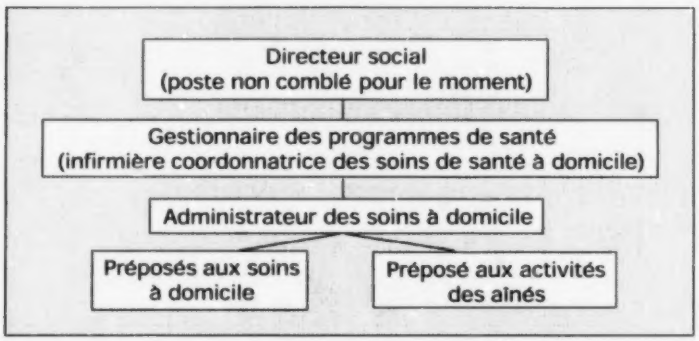
ANNEXE A

DESCRIPTION DES MODÈLES DU PROGRAMME

Premières nations de Champagne et d'Aishihik

Modèle du programme des soins à domicile et en milieu communautaire

Structure de gestion



Supervision

L'infirmière coordonnatrice des soins à domicile supervise de façon professionnelle tous les soins personnels et les autres tâches confiés aux préposés aux soins à domicile. L'administrateur des soins à domicile assure la supervision quotidienne des travailleurs responsables des soins à domicile.

L'infirmière coordonnatrice des soins à domicile reçoit un soutien des infirmières auxiliaires employées par le gouvernement territorial du Yukon.

Dotation

- Une infirmière coordonnatrice des soins à domicile
- Un administrateur des soins à domicile
- Un préposé à temps plein aux activités des aînés
- Un préposé à temps partiel aux soins à domicile
- Trois préposés occasionnels aux services de relève à domicile
- Deux préposés contractuels aux soins à domicile pour les communautés périphériques

Services

Évaluation de la clientèle

- Une infirmière autorisée utilise un outil d'évaluation formel pour établir les besoins des clients des soins à domicile.
- Les examens de la clientèle sont effectués conformément à une politique établie.
- Les services offerts dépendent des besoins en matière de santé ou de services sociaux.

Gestion de cas

- Il y a maintenant un seul point d'entrée pour tous les clients des soins à domicile et des soins de longue durée qui sont membres des communautés des Premières nations de Champagne et d'Aishihik.
- On offre des services de défense des intérêts de la clientèle.
- Les soins sont coordonnés et gérés par l'infirmière coordonnatrice des soins à domicile.
- Les initiatives continuent à améliorer la planification des congés et la communication avec l'hôpital général de Whitehorse.

Soins infirmiers à domicile

- Les soins infirmiers à domicile sont assurés par l'infirmière coordonnatrice des soins à domicile. Les infirmières des postes de soins infirmiers les assurent le soir et les fins de semaine.

Soins personnels

- Les soins personnels sont assurés par des préposés formés employés par les Premières nations de Champagne et d'Aishihik dans la région de Haines Junction. À mesure que surgiront les besoins et les occasions d'offrir des services dans les communautés périphériques, on fournira de la formation à des préposés contractuels.

Soutien à domicile

- Le personnel responsable du soutien à domicile est formé pour offrir des soins personnels, mais il assure également les services d'aides familiales. On ne forme actuellement pas de préposés contractuels responsables des services de relève.

Autre

- Le centre d'activités pour les aînés planifie actuellement des activités hebdomadaires.

Intégration/coordination et liens

Programme de soins aux adultes (composante des soins à domicile)

Tous les soins à domicile et en milieu communautaire, et les soins aux adultes (composante des soins à domicile) sont parfaitement intégrés sur le plan financier et administratif.

Santé communautaire

- Le personnel infirmier organise régulièrement des réunions multidisciplinaires.
- Les infirmières praticiennes assurent les soins infirmiers à domicile au cours des fins de semaines et des soirées.
- Des discussions sont en cours afin de déterminer la possibilité de regrouper tous les services de santé dans le même édifice.

Services de santé externes

- Réunions mensuelles avec les responsables du Programme de soins à domicile du gouvernement territorial du Yukon afin de coordonner les services entre les deux organismes.
- Des discussions sont en cours dans l'ensemble du projet afin d'intégrer complètement les services de soins à domicile de Haines Junction à l'intention des membres de la bande et des non-membres de la bande pour éliminer le dédoublement de services. Il s'agit d'un processus qui a exigé beaucoup de temps, et il a fallu faire affaire avec trois ordres de gouvernement et deux ministères du gouvernement territorial. Ces réunions ont remporté un succès mitigé auprès des cadres intermédiaires. Le débat envahira probablement maintenant l'arène politique.
- On entrera en communication avec l'hôpital général de Whitehorse afin d'améliorer la planification des congés.

Infrastructure

Les responsables du site pilote ont déterminé que l'infrastructure suivante était importante pour l'élaboration d'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire :

Formation :

- Formation à l'intention du personnel responsable de l'aide à domicile. Neuf préposés aux soins à domicile formés pour l'ensemble du projet. En rétrospective, la communauté aurait attendu que le programme soit prêt pour la prestation des services avant que l'on forme les travailleurs, et aurait eu recours à un collège agréé afin que l'on puisse se servir du cours pour offrir une formation supplémentaire.
- Atelier de résolution de conflits.
- Soins sûrs fournis aux clients, notamment les levers et les transferts.
- Formation à la manipulation sécuritaire des aliments.
- Réanimation cardio-respiratoire — nouvelle certification.
- Résolution de conflits et maîtrise de personnes ayant un comportement difficile.
- Service interne régulier et permanent à l'intention de tout le personnel.
- Chaque membre du personnel a élaboré un plan d'apprentissage.

Structures de soutien :

- Jumelage avec les préposés aux soins à domicile du territoire
- Politiques du programme
- Équité salariale avec les autres employés qui travaillent dans la même région
- Assurance-responsabilité
- Manuel de politiques et de procédures
- Évaluations du rendement
- Descriptions de travail
- Politiques en matière de personnel
- Outil d'évaluation
- Rapports mensuels.

Équipement et fournitures :

- Équipement et trousse de soins infirmiers
- Fournitures de soins infirmiers pour dispenser des soins aux clients.

Immobilisations :

- Fourgonnette achetée pour le personnel responsable de la santé
- Ordinateur, imprimante et logiciels.

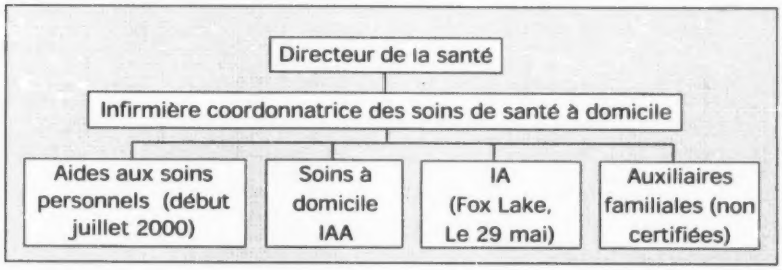
Remarque :

Les responsables du plan de soins à domicile ont exprimé le besoin d'avoir des téléphones mobiles. On est venu à la conclusion qu'ils n'étaient pas utiles eu égard au coût, et on a annulé les locations.

Nation crie de Little Red River

Modèle du programme de soins à domicile et en milieu communautaire

Structure de gestion



Au moment de la visite des lieux, l'infirmière responsable des soins à domicile venait tout juste d'être embauchée, et les soins aux adultes n'étaient pas encore intégrés. On prévoit que l'intégration sera réalisée en mai 2000. Les dirigeants ont approuvé un plan d'intégration complet de tous les services de santé et des services sociaux.

Supervision

Le directeur de la santé supervise le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Actuellement, les soins infirmiers à domicile font l'objet d'une supervision professionnelle assurée par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. L'infirmière coordonnatrice des soins à domicile assurera une supervision directe des aides aux soins personnels, des auxiliaires familiales, de l'infirmière auxiliaire autorisée et de l'infirmière responsable des soins à domicile pour Fox Lake.

Dotation

- Une infirmière coordonnatrice des soins à domicile à temps plein
- Une infirmière auxiliaire autorisée à temps plein
- 11 auxiliaires familiales en formation — (quatre travailleront à Fox Lake), ces personnes travailleront à temps plein quand leur formation sera terminée.

Les travailleurs actuels qui n'ont pas reçu de formation pourront occuper un emploi occasionnel tout en améliorant leurs compétences.

Plan visant l'intégration des soins à domicile et en milieu communautaire en mai 2000.

Fox Lake pourra compter sur les services d'une infirmière responsable des soins à domicile à la fin de mai 2000.

Services

Évaluation des besoins du client

Tous les clients des soins à domicile ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins, et certains ont fait l'objet d'une visite de suivi après trois mois. On a mis au point un outil d'évaluation. On prévoit une révision de l'outil.

Les soins sont axés sur les besoins.

Gestion de cas

La nouvelle infirmière coordonnatrice des soins à domicile embauchée effectuera la gestion des cas pour tous les clients des soins à domicile.

Soins infirmiers à domicile

L'infirmière coordonnatrice des soins à domicile assurera des soins infirmiers à domicile conformément aux politiques mises en place.

Soins personnels

Les soins personnels seront offerts quand les préposés aux soins personnels auront terminé leur formation en juin 2000.

Soutien à domicile

On offre actuellement du soutien à domicile, et ces services seront bientôt intégrés avec les soins à domicile et en milieu communautaire.

Autres

Des services de podologie sont offerts aux personnes âgés frêles et aux personnes atteintes du diabète.

Intégration/coordination et liens

Programme de soins aux adultes

On est prêts à mettre en oeuvre immédiatement l'intégration complète de la gestion du budget du Programme des services de soins aux adultes et du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. La communauté a aussi élaboré un plan en vue de l'intégration complète des services de santé et des services sociaux.

Santé communautaire

Le personnel responsable de la santé communautaire est employé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, mais les deux programmes se retrouvent dans le même bureau. On a tenu plusieurs réunions et discussions tout au long du projet afin de définir les rôles et les responsabilités. On les poursuivra à mesure que les services seront mis en place.

- Réunion mensuelle organisée à l'intention du personnel responsable des soins à domicile et de la santé communautaire
- Soutien de la DGSPNI — réunions mensuelles organisées au cours du projet.

Services de santé externes

- Il faut encore améliorer les liens avec la planification des congés.
- Des réunions sont organisées avec les autorités régionales de la santé. La nouvelle infirmière coordonnatrice des soins à domicile embauchée entretient des liens avec les responsables locaux de la santé du district.

Infrastructure

Dans le projet, on a déterminé que l'infrastructure suivante était importante pour l'élaboration d'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Formation :

- formation des préposés aux soins à domicile
- formation en podologie à l'intention des infirmières autorisées et des aides sanitaires
- service interne à l'intention des préposés aux soins à domicile, p. ex., la RCP, le SIMDUT.

Structures de soutien :

- vision et philosophie
- politiques du programme
- descriptions de travail
- assurance-responsabilité
- système de classement et dossiers des clients
- politiques liées au personnel
- avantages sociaux des employés
- dossiers des services offerts à la clientèle.

Équipement et fournitures :

- équipement et trousse de soins infirmiers
- mobilier : bureau et classeur
- fournitures comme des pansements
- véhicules pour les infirmières
- entreposage
- buanderie des clients
- besoin de meilleurs systèmes de communication en raison des déplacements du personnel infirmier, pas de cellulaires, pas de pagettes, et manque d'appareils téléphoniques chez les clients.

Immobilisations :

- locaux à bureaux pour le personnel
- logement pour le personnel infirmier.

Première nation de Long Plain

Modèle du programme de soins à domicile et en milieu communautaire

La Première nation de Long Plain avait déjà mis en oeuvre les éléments de base avant le projet. Grâce à l'appui et au financement obtenu du projet, elle a profité de l'occasion pour renforcer ses services en améliorant son infrastructure puis en élargissant ses services.

On a d'abord renforcé le programme en élaborant une vision et une philosophie du programme qui a reçu l'appui de la communauté, du personnel et des dirigeants.

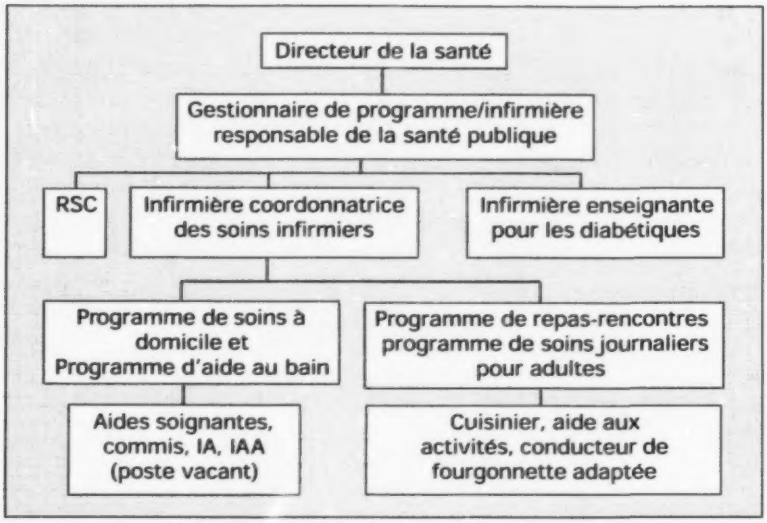
On est ensuite passé aux étapes suivantes :

- former le personnel existant de manière à ce qu'il puisse s'occuper des soins personnels et de la préparation des repas;
- élaborer les politiques et procédures du programme;
- élaborer un dossier client;
- commencer les évaluations des besoins du client de manière à ce que les services offerts soient axés sur les besoins.

Quand les services essentiels ont été renforcés, l'équipe a élargi les services afin qu'ils comprennent :

- un programme d'aide au bain doté d'une baignoire Century dans un endroit central;
- un service de transport adapté;
- un programme de repas-rencontres;
- un programme de soins journaliers pour adultes doté d'une composante vouée à l'éducation des diabétiques et aux activités.

Structure de gestion



Supervision

L'infirmière coordonnatrice des soins à domicile supervise le personnel préposé aux soins à domicile. Elle fait l'objet d'une supervision professionnelle et quotidienne de la part du gestionnaire du programme de santé.

Dotation

- Une infirmière coordonnatrice des soins à domicile
- Une infirmière auxiliaire autorisée (poste vacant)
- Une infirmière autorisée occasionnelle
- Deux aides soignantes à temps plein et deux aides soignantes à temps partiel, deux aides soignantes occasionnelles
- Un cuisinier à temps partiel
- Une aide aux activités à temps partiel
- Un conducteur à temps plein (fourgonnette adaptée)
- Un commis à temps plein
- Une infirmière enseignante aux diabétiques à temps partiel

Services

Évaluation des besoins du client

- Une infirmière autorisée procède à une première évaluation des besoins de toutes les personnes recommandées et détermine s'il faut leur offrir des services de soins à domicile.
- On utilise un outil d'évaluation pour procéder à une évaluation complète.
- Un plan de soins est préparé pour chaque client.
- On prévoit des examens des services à tous les trois mois.

Gestion de cas

L'infirmière coordonnatrice des soins à domicile gère les soins offerts à tous les clients.

Soins infirmiers à domicile

On offre actuellement des soins infirmiers à domicile minimaux en raison de la charge de travail de l'infirmière coordonnatrice des soins à domicile. On recherche actuellement une infirmière responsable des soins à domicile.

Soins personnels

On offre des soins personnels. Des aides soignantes font l'objet d'une formation et d'une supervision pour la prestation de soins personnels.

Soutien à domicile

Les services de soutien à domicile sont offerts selon les besoins évalués. Les aides soignantes sont supervisées, et on leur assigne des tâches.

Services de relève à domicile

Ces services sont offerts en fonction des besoins évalués.

Soins palliatifs

Ces soins sont offerts en fonction des besoins évalués.

Autres

- Un programme de magasinage mensuel est offert dans le cadre du Programme d'activités pour adultes.
- Programme de bains thérapeutiques.
- On offre du transport pour handicapés.
- Programme de soins journaliers pour adultes offert aux personnes atteintes de diabète ou aux personnes atteintes d'une maladie chronique.
- Programme de repas fonctionnant trois jours par semaine et prestation de repas offerte en fonction des besoins évalués.
- Ligne d'urgence (système d'intervention d'urgence intégré dans les foyers des clients à risque élevé)

Intégration/coordination et liens

Programme de soins aux adultes

Le Programme de soins aux adultes à domicile du MAINC est parfaitement intégré au Programme de soins à domicile. Le coordonnateur des soins à domicile et en milieu communautaire rémunère et supervise tous les employés et leur assigne leurs tâches.

Santé communautaire

Le personnel responsable de la santé communautaire travaille en étroite collaboration avec le Programme de soins à domicile. Le gestionnaire du programme ou l'infirmière responsable de la santé publique assure la supervision du coordonnateur des soins à domicile et participe activement à la planification du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Les rôles reliés aux soins infirmiers sont clairement définis. L'infirmière enseignante des diabétiques et le RSC travaillent aux deux programmes.

Services de santé externes

- Des liens ont été créés en vue de la planification des congés.
- Des liens ont été créés avec les établissements de soins de santé externes afin de pouvoir fournir des occasions de services internes au personnel responsable des soins à domicile et en milieu communautaire.

Infrastructure

Dans le projet, on a signalé que l'infrastructure suivante était importante pour l'élaboration d'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Formation :

- formation autorisée à l'intention des préposés aux soins à domicile (neuf diplômés à la suite d'une formation)
- cours de manipulation des aliments
- formation en RCR
- formation en podologie en cours de service à l'intention des infirmières (assurée par un podiatre)
- éducation continue.

Équipement :

- Appareil DCA 2000 qui vérifie l'hémoglobine glycosylée et la microalbuminurie
- fourgonnette adaptée
- équipement et fournitures de soins infirmiers
- équipement médical destiné à aider les clients à mener une vie autonome.

Structures de soutien :

- politiques et lignes directrices du programme;
- outil d'évaluation;
- dossiers de la clientèle qui sont en usage pour tous les clients des soins à domicile;
- ensemble d'avantages supplémentaires et d'avantages sociaux pour le personnel des soins à domicile;
- politique du personnel revue et améliorée;
- on a élaboré des lignes directrices des programmes de repas-rencontre, de soins journaliers pour adultes et de bains thérapeutiques;
- une trousse d'orientation à l'intention du nouveau personnel;
- des protocoles de sorties complets accompagnés de formulaires;
- un contrat de soins à domicile entre le coordonnateur des soins à domicile, le client et le principal fournisseur de soins;
- des bulletins de nouvelles mensuels afin d'entretenir la communication dans la communauté;
- des brochures pour l'éducation du public et la promotion des programmes

Administration sanitaire du Conseil des Premières nations de Shibogama

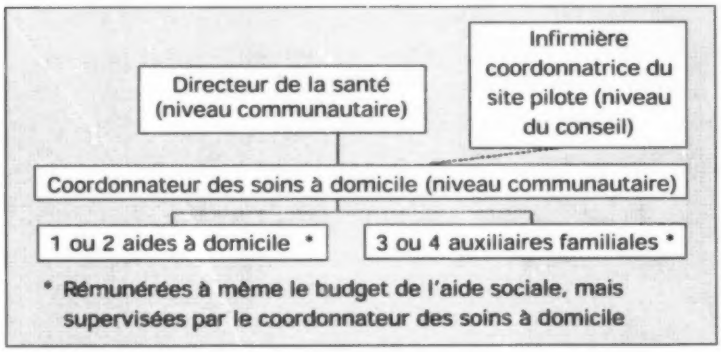
Modèle du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire

L'une des tâches du Projet a été d'établir un programme de soins à domicile qui répondrait aux conditions sociales, culturelles et géographiques uniques de la communauté. La philosophie du Conseil de Shibogama est la suivante : fournir de l'aide aux bandes afin de leur permettre de mettre sur pied les programmes communautaires. Dans le cadre du Projet, le conseil tribal a embauché à contrat un coordonnateur du projet des soins à domicile afin qu'il fournisse un soutien et une orientation d'expert en ce qui concerne la planification et la mise en oeuvre du projet sur le plan communautaire. Le rôle joué par le conseil tribal diminue à mesure que la communauté est prête à administrer le programme. Le Conseil des Premières nations de Shibogama a réagi en élaborant le modèle de programme et les services suivants.

Structure de gestion

Les bandes de Shibogama disposent de trois programmes distincts qui relèvent du chef et du conseil, et qui sont dirigés par le directeur de la santé. Au cours du Projet, le conseil tribal a joué un rôle de coordination dans la préparation et l'élaboration des programmes et a fourni un appui d'expert.

La structure de gestion est la même pour les trois communautés :



Les coordonnateurs des soins à domicile sont des employés provenant de la communauté dont on n'exige pas d'antécédents professionnels en santé. Toutefois, ils doivent parler l'Oji-cri et vivre dans la communauté.

Supervision

- Le directeur de la santé (dans les deux communautés) et le directeur des services sociaux (dans une communauté) jouent le rôle de superviseur direct des coordonnateurs des soins à domicile au niveau communautaire.
- Les auxiliaires familiales et les aides à domicile sont supervisées par les coordonnateurs des soins à domicile.
- La supervision professionnelle du personnel de soutien à domicile fournissant des soins personnels est effectuée par la monitrice (IA) ou l'infirmière coordonnatrice du site pilote au conseil tribal. La façon dont la supervision professionnelle sera assurée à la fin du projet fait toujours l'objet de discussions.

Dotation

- Une infirmière coordonnatrice du site pilote (embauchée par contrat pour les trois bandes).
- Trois coordonnateurs des soins à domicile à temps plein (un pour chaque communauté) qui parlent l'Oji-cri et vivent dans la communauté.
- Trois ou quatre auxiliaires familiales pour assurer les tâches domestiques et les soins personnels dans chaque communauté.
- Une ou deux aides à domicile pour chaque communauté (qui accomplissent les grosses besognes).

Services

Évaluation des besoins du client

- Évaluation formelle des besoins de soutien à domicile et des soins personnels. La plupart des membres de la communauté ne parlent ni ne lisent l'anglais; il est donc difficile de convertir l'outil d'évaluation.
- Au cours du Projet, une infirmière et l'infirmière coordonnatrice du site pilote ont effectué les évaluations des besoins de la clientèle. À la fin du Projet, les coordonnatrices effectueront les évaluations avec l'aide de l'infirmière communautaire.
- Une forme de formation en évaluation a été réalisée auprès des coordonnateurs des soins à domicile.

Gestion de cas

- Le soutien à domicile et les soins personnels sont coordonnés au niveau communautaire.
- La gestion de cas dans le cadre du Projet a été assurée par l'infirmière coordonnatrice du site pilote.

Les soins infirmiers à domicile

Un manque de ressources et de logements, et des difficultés à recruter du personnel ont empêché l'élaboration de la composante des soins à domicile. Cela demeure un but à long terme. Le directeur de la santé a affirmé que l'infirmière responsable des soins à domicile apportera une attention particulière au mieux-être et à la promotion de la santé.

Soins personnels

Les soins personnels sont assurés par des préposés formés (quand la formation sera terminée dans toutes les communautés). Jusqu'ici, les soins personnels ont été supervisés, sur le plan professionnel, par la monitrice ou l'infirmière coordonnatrice du site pilote, qui sont des infirmières autorisées. La manière dont ils seront supervisés après le Projet fait toujours l'objet de discussions.

Soutien à domicile

- Les services d'auxiliaires familiales sont maintenant dispensés en fonction des besoins plutôt que de la situation financière.
- Toutes les personnes pour lesquelles une évaluation a révélé qu'elles avaient besoin des services d'auxiliaires familiales ou de soutien à domicile ou de soins personnels peuvent en recevoir. Les aides à domicile effectuent les lourds travaux comme la coupe du bois et le transport de l'eau. Les aides familiales assurent l'entretien et les soins personnels.

Intégration/coordination et liens

Programme de soins aux adultes

La complexité des ententes de financement conclues entre le gouvernement de l'Ontario cause des difficultés en ce qui concerne l'intégration du financement du Programme des services de soins aux adultes avec le financement du Projet de soins à domicile, toutefois la supervision et la direction du programme ont été intégrées au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Santé communautaire

- Les coordonnatrices des soins à domicile ont des bureaux dans le poste de soins infirmiers (dans deux des communautés), et elles organisent des discussions régulières concernant les préoccupations de la clientèle.
- L'infirmière du poste de soins infirmiers interrogée a remarqué que le personnel responsable du soutien à domicile était plus habile quand il s'agit de faire de bonnes recommandations.
- Autre exemple d'établissement de liens : le personnel responsable des soins à domicile qui a assuré les soins palliatifs à un client décédé à la maison a été débreffé en même temps que la famille.

Services de soins de santé externes

- Tous les liens avec des installations hors réserve sont établis par l'entremise du poste de soins infirmiers.
- Il y a eu un plus grand nombre de liens avec les services de réadaptation hors réserve.
- On prévoit améliorer les services de planification des congés.

La communauté

Chacune des communautés relevant du Conseil des Premières nations de Shibogama est isolée et n'est accessible que par avion. Les coordonnatrices des soins à domicile ont décidé d'organiser une téléconférence mensuelle en guise de forum afin de pouvoir communiquer.

On a utilisé la station de radio communautaire locale pour s'assurer que l'information concernant les soins à domicile est transmise à la communauté. Les coordonnatrices des soins à domicile se sont rendues au poste, ont parlé dans la première langue de la communauté puis ont répondu à des questions posées par téléphone.

Infrastructure

Voici l'infrastructure que les responsables du Projet ont jugée importante pour l'élaboration d'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire :

Formation :

- Formation à l'intention d'auxiliaires familiales, de coordonnatrices et du personnel de soutien à domicile. Un programme non certifié d'une durée de 120 heures a été modifié et offert dans divers endroits de la communauté. Une des communautés offrait déjà le programme au moment de la visite des lieux.
- Il y a eu une séance de formation en ergothérapie dans une communauté.

Structures de soutien :

- Expertise en soins à domicile
- Formulaires de présentation de rapports simplifiés
- Liste de contrôle de l'orientation à l'intention des coordonnatrices
- Manuel d'orientation à l'intention des coordonnatrices et des préposés
- Descriptions de travail
- Manuel de politiques (en version préliminaire)
- Les coordonnatrices de soins à domicile ont prévu des formulaires pour la présentation de rapports mensuels à envoyer aux dirigeants, qui comprennent des statistiques et des tendances concernant les besoins en soins.

Équipement et fournitures :

- On a installé une armoire d'équipement loué.
- Trousse de soins infirmiers à l'usage des infirmières du poste de soins infirmiers qui effectuent des visites à domicile.
- Transport aérien nécessaire pour parcourir les distances entre les communautés.

Immobilisations :

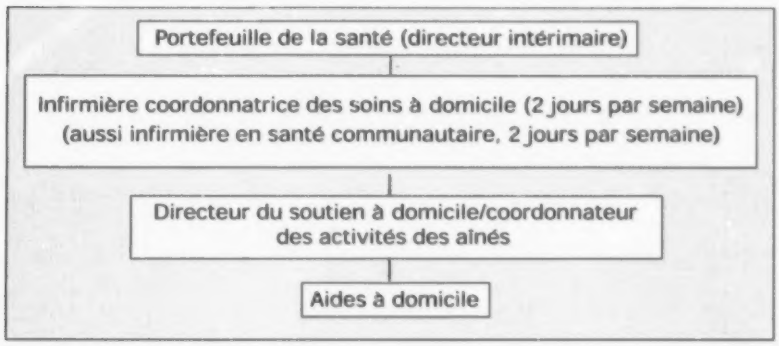
- Logement pour le personnel itinérant responsable des soins à domicile
- Équipement informatique
- Locaux à bureaux dans chaque collectivité pour la coordonnatrice des soins à domicile et la formation qui a été offerte dans la communauté.

Première nation d'Eel River Bar

Modèle du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire

La Première nation d'Eel River Bar disposait déjà de la plupart des services de soins à domicile offerts par divers organismes hors réserve. Elle ne sentait pas le besoin de dédoubler les services existants. Les responsables du Projet ont donc mis l'accent sur l'élaboration de structures de formation et de soutien visant à améliorer le programme des services de soins aux adultes et la coordination des services.

Structure de gestion



Le directeur du soutien à domicile a été muté au Programme d'aide à l'enfance et à la famille. Le poste est passé de temps partiel à temps complet, et le titulaire supervise maintenant les préposés aux soins à domicile et les fonctions comme celles de coordonnateur des activités des aînés.

Supervision

On n'a pas encore décidé qui fournira le soutien professionnel à l'infirmière coordonnatrice des soins à domicile. Une des options envisagées est de confier le travail à la coordonnatrice régionale des soins à domicile de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

La coordonnatrice des soins à domicile de la Première nation d'Eel River Bar supervise le directeur du soutien à domicile et assure une supervision professionnelle aux aides à domicile en ce qui concerne les soins personnels.

Le directeur du soutien à domicile assure la supervision quotidienne des aides à domicile, qu'ils soient nouveaux ou anciens, ou formés ou non formés.

Dotation

- Une infirmière coordonnatrice des soins à domicile à temps partiel
- Un directeur du soutien à domicile à temps plein
- 11 préposés aux soins à domicile à temps partiel et occasionnel y compris les membres de la famille et des travailleurs formés
- On recherche une diététicienne à raison d'une journée par semaine. (Comme il est difficile d'augmenter le financement en raison de la faible population de 383 personnes, la bande envisage de travailler en collaboration avec une autre bande pour obtenir des services de diététicienne.)

Services

Évaluation des besoins du client

Le service n'est plus axé sur l'âge ou la situation financière. Toutes les personnes qui ont des besoins peuvent recevoir des services de soins à domicile.

Nouveaux clients

- Le service offert aux nouveaux clients dépend des besoins.
- Des travailleurs formés assurent le service.

Clients existants

- Aucun changement jusqu'ici en ce qui concerne les soins offerts aux clients existants.
- Des travailleurs formés assurent les soins personnels.
- Tous les clients ont fait l'objet d'une évaluation.
- Aucun changement n'est effectué tant qu'il n'a pas été approuvé par le chef et le conseil.
- Un comité d'examen de l'évaluation a été mis sur pied afin d'examiner les évaluations des besoins du client et de décider des heures où les besoins existent.

Gestion de cas

- La gestion de cas en ce qui concerne tous les services extra-muros est gérée par le programme de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick.
- Les services de soutien à domicile sur la réserve sont gérés par l'infirmière de la santé communautaire ou la coordonnatrice des soins à domicile.

Soins infirmiers à domicile

- Les soins infirmiers à domicile sont assurés par le programme de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, et il existe un service assuré pour tous les résidents du Nouveau-Brunswick. Il est assuré 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Soins personnels

- Tous les nouveaux clients reçoivent des soins de travailleurs formés.
- Jusqu'ici, il n'y a aucun changement pour les clients qui reçoivent actuellement des soins de membres rémunérés de leur famille.

Soutien à domicile

- La population d'Eel River Bar a réagi en adoptant une approche très prudente pour ce qui est d'apporter des changements au Programme des services de soins aux adultes avant qu'elle n'ait des assurances écrites en ce qui a trait au financement et aux montants de financement reçus pour la période postérieure au projet pilote.

Services de relève à domicile

- Offerts par des travailleurs formés ou des membres rémunérés de la famille dans le cas des clients existants.

Autres

- Un repas offert aux personnes âgées toutes les deux semaines
- On prévoit des réunions pour les activités des personnes âgées

Intégration/coordination et liens

Programme de soins aux adultes

Le Programme de soins aux adultes a d'abord été administré par les services à l'enfance et à la famille. Il est maintenant complètement intégré au programme de soins à domicile pour ce qui est de la gestion, de la supervision et du budget du programme. Il y a eu une planification conjointe en collaboration avec les Services à l'enfance et à la famille tout au long du Projet, et le directeur continue à siéger au comité de l'examen de l'évaluation. Une personne âgée de la communauté siège aussi au comité d'examen de l'évaluation.

Santé communautaire

Ces liens sont très étroits puisque l'infirmière responsable de la santé communautaire et l'infirmière responsable des soins à domicile est la même personne. L'infirmière responsable de la santé communautaire travaillait deux jours par semaine avant le Projet. Ce dernier a accru son temps de travail de deux jours par semaine. Le fait d'avoir deux rôles à jouer a posé certaines difficultés en ce qui concerne la gestion du temps et la réalisation du travail à accomplir.

Services de santé externes

- Une première rencontre a eu lieu afin que l'on puisse améliorer les liens de communication entre l'hôpital et le Programme de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick et les services de santé offerts dans la réserve.
- Une brochure et un formulaire de présentation avaient été rédigés et seront distribués une fois qu'ils auront été imprimés.
- Il faut améliorer les liens avec les responsables des services de santé non assurés afin qu'il ne soit pas nécessaire que les aides aux activités fassent l'objet d'une ordonnance médicale.

Infrastructure

Les responsables du site pilote ont trouvé que l'infrastructure suivante était importante pour l'élaboration d'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Formation :

- Neuf auxiliaires familiales ont terminé un cours de huit semaines.
- On a signalé le besoin d'une formation supplémentaire pour les aides à domicile.
- On prévoit offrir une formation en podologie à l'infirmière responsable des soins à domicile.

Structures de soutien :

- manuel des politiques — en attendant l'approbation des dirigeants
- processus d'appel pour régler les conflits en ce qui a trait à l'évaluation des clients et à la coordination
- plan d'orientation
- descriptions de travail
- élaboration du formulaire d'aiguillage
- dossiers clients
- feuilles de temps pour accroître la responsabilité
- rapports mensuels, descriptifs et statistiques
- rapports trimestriels sommaires
- brochure — favoriser la sensibilisation du public.

Équipement et fournitures :

- instruments de podologie
- fournitures de bureau
- coûts d'impression.

Immobilisations :

- ordinateur et imprimante
- pupitre
- locaux à bureaux.